

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

N<sup>o</sup> 235

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 25 avril 1907, à 1 heure*

Par Louis ROBERT

Né le 14 juin 1883, à Sauvagnat-Sainte-Marthe (Puy-de-Dôme)

### PHLÉBITES DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE

APRÈS APPENDICECTOMIE A FROID

*Président : M. POIRIER, professeur.*

*Juges : } MM. CORNIL, professeur.*  
*FERNAND BEZANÇON et MARION agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

235

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 25 avril 1907, à 1 heure*

Par **Louis ROBERT**

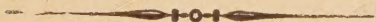
Né le 14 juin 1883, à Sauvagnat-Sainte-Marthe (Puy-de-Dôme).

### PHLÉBITES DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE

APRÈS APPENDICECTOMIE A FROID

*Président : M. POIRIER, professeur.*

*Juges : } MM. CORNIL, professeur.*  
*FERNAND BEZANÇON et MARION, agrégés.*



PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                        |           |           |                 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------|
| <b>Doyen</b> . . . . .                                                 |           |           | M. DEBOVE.      |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                           |           |           | MM.             |
| Anatomie. . . . .                                                      |           |           | P. POIRIER      |
| Physiologie . . . . .                                                  |           |           | Ch. RICHET      |
| Physique médicale. . . . .                                             |           |           | GARIEL.         |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                           |           |           | GAUTIER.        |
| Parasitologie. Histoire naturelle médicale . . . . .                   |           |           | BLANCHARD.      |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         |           |           | BOUCHARD.       |
| Pathologie médicale . . . . .                                          |           | }         | HUTINEL.        |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      |           |           | BRISSAUD.       |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        |           |           | LANNELONGUE     |
| Histologie. . . . .                                                    |           |           | CORNIL.         |
| Opérations et appareils . . . . .                                      |           |           | MATHIAS DUVAL   |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             |           |           | SEGOND          |
| Thérapeutique . . . . .                                                |           |           | POUCHET.        |
| Hygiène . . . . .                                                      |           |           | GILBERT         |
| Médecine légale. . . . .                                               |           |           | CHANTEMESSE     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    |           |           | THOINOT.        |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          |           |           | DEJERINE.       |
|                                                                        |           |           | ROGER.          |
|                                                                        |           |           | HAYEM.          |
| Clinique médicale. . . . .                                             |           | }         | DIEULAFOY.      |
|                                                                        |           |           | DEBOVE.         |
|                                                                        |           |           | LANDOUZY.       |
|                                                                        |           |           | GRANCHER.       |
| Maladies des enfants . . . . .                                         |           |           | JOFFROY.        |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . |           |           | GAUCHER.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               |           |           | RAYMOND.        |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      |           |           | LE DENTU.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         |           | }         | TERRIER.        |
|                                                                        |           |           | BERGER.         |
|                                                                        |           |           | RECLUS.         |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      |           |           | DE LAPERSONNE   |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     |           |           | ALBARRAN.       |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                     |           | }         | N. ....         |
|                                                                        |           |           | PINARD.         |
| Clinique gynécologique . . . . .                                       |           |           | POZZI.          |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                              |           |           | KIRMISSON.      |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                       |           |           | A. ROBIN.       |
| <b>Agrégés en exercice.</b>                                            |           |           |                 |
| MM.                                                                    |           |           |                 |
| AUVRAY                                                                 | DUPRÉ     | LEPAGE    | RIEFFEL (chef)  |
| BALTHAZARD                                                             | DUVAL     | MACAIGNE  | des trav. anat. |
| BRANCA                                                                 | FAURE     | MAILLARD  | TEISSIER        |
| BEZANÇON                                                               | GOSSET    | MARION    | THIROLOIX       |
| BRINDEAU                                                               | GOUGET    | MAUCLAIRE | VAQUEZ          |
| BROCA (ANDRÉ)                                                          | JEANSELME | MERY      | WALLICH         |
| CARNOT                                                                 | LABBE     | MORESTIN  |                 |
| CLAUDE                                                                 | LANGLOIS  | POTOCKI   |                 |
| CUNEO                                                                  | LAUNOIS   | PROUST    |                 |
| DEMELIN                                                                | LEGRY     | RENON     |                 |
| DESGREZ                                                                | LEGUEU    | RICHAUD   |                 |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de reconnaissance  
et de respectueuse affection.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POIRIER

Professeur d'Anatomie  
Chirurgien des Hôpitaux  
Membre de l'Académie de Médecine.

## AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à nous acquitter d'un devoir bien doux à remplir, celui de remercier les maîtres qui nous ont guidé dans les différentes étapes de nos études médicales.

Nos remerciements iront tout d'abord à nos maîtres de l'École de Médecine de Clermont-Ferrand qui nous ont initié à la pratique médicale et nous ont appris à aimer la médecine :

M. le professeur BOUSQUET a toujours été pour nous un maître bienveillant ; nous devons à sa profonde science le meilleur de nos connaissances en clinique chirurgicale.

M. le professeur DU CAZAL a droit à toute notre reconnaissance ; nous n'oublierons jamais ses leçons, ses conseils et la patience avec laquelle il nous a enseigné l'examen clinique des malades.

M. DIEULAFÉ, actuellement professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse, nous a inspiré le

choix de cette thèse et nous a été d'un grand secours dans la rédaction de ce travail ; c'est un devoir que nous accomplissons en adressant ici au D<sup>r</sup> Dieulafé l'expression de notre vive reconnaissance pour l'amitié qu'il nous a maintes fois témoignée.

Nous prions MM. BIDE, BILLARD, FOURIAUX, MALLY, MAURIN, PLANCHARD, d'accepter nos sincères remerciements et de croire à notre vive gratitude pour la large part qu'ils ont prise à notre instruction médicale.

A Paris, nous avons suivi pendant une année le service du D<sup>r</sup> MOUTARD-MARTIN à l'hôpital de la Charité ; nous conserverons le meilleur souvenir de ce maître dont nous avons pu apprécier le clair et fécond enseignement.

A la clinique gynécologique de l'hôpital Broca M. le professeur POZZI nous a initié à l'étude des maladies des femmes et nous a largement fait profiter de sa grande expérience.

A la clinique Baudelocque M. le professeur PINARD nous a enseigné l'art des accouchements. Ses préceptes et ses sages conseils seront un guide précieux pour notre pratique.

M. le professeur POIRIER a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui adressons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

## INTRODUCTION

Depuis ces dernières années l'opération de l'appendicite à froid est devenue la règle admise par presque tous les chirurgiens. Elle est considérée par ces derniers comme une intervention des plus bénignes, de celles qui donnent les meilleurs résultats et qui ne font courir à l'opéré aucun danger.

Cependant, en parcourant un certain nombre d'observations, en suivant les malades après leur opération, on peut remarquer qu'il existe une complication, rare il est vrai, mais qui nous a néanmoins paru digne d'intérêt : nous voulons parler des phlébites du membre inférieur gauche.

Cette question est toute d'actualité ; elle a fait dans ces derniers mois l'objet de communications, de discussions dans les sociétés savantes et les publications médicales. Si certains côtés de la question semblent définitivement tranchés, l'entente n'est plus aussi complète lorsqu'il s'agit d'expliquer la pathogénie de ces

phlébites et leur plus grande fréquence au membre inférieur gauche.

M. le D<sup>r</sup> Dicuclafé, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse, nous a conseillé d'étudier cette complication, d'en rechercher les conditions pathogéniques et étiologiques pour tirer de ces faits quelques conclusions qui, malgré la rareté de l'affection qui nous occupe, nous ont néanmoins paru intéressantes à signaler.

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

C'est seulement depuis 1900 que sont signalés, dans plusieurs revues et dans diverses thèses, des cas de phlébite au cours des appendicites.

En 1900, ROUX, de Lausanne (*Revue de la Suisse Romande*) dit avoir observé plusieurs cas de phlébite survenant à toutes les périodes de l'appendicite, « et plus particulièrement de phlébite gauche ».

En 1901, VILLARD et VIGNARD (de Lyon) rapportent quatre cas de phlébite et sont les premiers à étudier attentivement cette complication de l'appendicite.

En 1902, au Congrès de la Société allemande de chirurgie (Berlin), SONNENBURG rapporte vingt-quatre cas de complications du côté du système veineux sur un millier de cas d'appendicites opérées par lui.

L'année suivante, JOUGLARD et PETIT publient dans leur thèse une quinzaine d'observations nouvelles.

Mais la presque totalité des cas précédemment cités se rapporte à des phlébites survenant au cours d'une

crise aiguë d'appendicite ou après appendicectomie à chaud.

Ce fut JALAGUIER, qui un des premiers signala, en juin 1903, un cas très net de phlébite après appendicectomie à froid ; il s'agissait d'un jeune homme de 23 ans qui, opéré en dehors de tout accident aigu, fit une embolie du poumon gauche dix jours après l'opération.

BORDESSOULE dans sa thèse (1905) rapporte des observations de LEGUEU, GUINARD, JALAGUIER, SONNEBURG, dans lesquelles la phlébite des membres inférieurs est survenue après appendicectomie à froid et sans supuration de la plaie opératoire.

Enfin, en 1906, le D<sup>r</sup> DIEULAFÉ (de Toulouse), ayant eu l'occasion d'observer une phlébite de la jambe gauche chez un de ses malades opéré d'appendicite à froid, fit, à ce sujet, une communication à la Société de Chirurgie de Paris (séance du 17 octobre 1906). Cette communication fut l'objet d'un rapport de M. BROCA et donna lieu à une longue discussion.

Dans ces derniers mois, DUVERGEY (Société des Sciences médicales de Bordeaux) et TOUSSAINT (Société de Chirurgie de Paris) on signalé chacun un cas nouveau observé par eux.

## CHAPITRE II

### OBSERVATIONS

Afin de mieux fixer les idées par les faits, nous donnons dans le présent chapitre l'observation du D<sup>r</sup> Dieulafé, puis celles que nous avons pu recueillir dans diverses publications.

#### Observation I

D<sup>r</sup> DIEULAFÉ.

*Phlébite du membre inférieur gauche, survenue après  
appendicectomie à froid.*

Jeune homme de 22 ans, étudiant.

*Première crise* d'appendicite en septembre 1904, ayant consisté en douleurs violentes dans la fosse iliaque droite et en vomissements.

Peu de fièvre.

La crise fut calmée par de l'opium et des applications locales de compresses trempées dans l'eau froide.

*Deuxième crise* le 12 mars 1906, pendant que le malade était

au régiment. Jusque-là il avait supporté son service militaire sans trop de gêne ; il ne ressentait que quelques douleurs vagues dans l'abdomen lorsqu'il avait fait un service fatigant.

Cette deuxième crise a été soignée par la glace et l'opium ; elle a duré dix jours.

Il y eut des phénomènes de péritonisme, des vomissements.

La température a oscillé entre 38°5 et 39°.

Le quinzième jour tout symptôme avait disparu ; aucune douleur locale.

Le malade fut envoyé en convalescence.

*Troisième crise* le 19 avril 1906, au douzième jour de son congé. (C'est à cette occasion que nous voyons le malade).

Crise légère, calmée au bout de deux jours par la glace et la morphine.

Pas de température.

Au bout de quelques jours la douleur locale a disparu.

On permet progressivement une alimentation très légère. Le 28 avril, opération.

L'appendicectomie a été facile, sans destruction d'adhérences sauf à la base même de l'appendice où cet organe et son méso étaient entièrement adhérents à la paroi du cæcum. L'insertion de l'appendice était latéro-interne ; il n'y avait pas de foyer purulent mais l'appendice était turgescant, volumineux, à parois dures, très court, ne mesurant que 5 centimètres de long. La base de l'appendice fut enfouie dans la paroi cæcale, je ne fis pas de drainage. Suture à trois plans.

Les suites opératoires furent bonnes : pas de douleurs, pas de vomissements, pas de fièvre. Les points cutanés furent enlevés le huitième jour.

Le quinzième jour après l'opération, le malade ressentit une

vive douleur dans la jambe gauche, douleur siégeant au niveau du mollet et du creux poplité. Il n'y eut pas d'ascension thermique.

Tout mouvement réveillait la douleur. Elle s'atténua dans la journée, puis reparut par crises pendant la nuit suivante. Il n'y avait ni œdème, ni gonflement, ni douleur localisée sur le trajet des vaisseaux.

Le lendemain le malade se leva, resta quelques heures dans un fauteuil ; puis la douleur de la jambe s'étant accentuée il fut obligé de se mettre au lit. Ce même jour, les deux points inférieurs de la suture cutanée cédèrent, le pansement fut taché par de la sérosité sanguinolente.

Le malade fut condamné au repos au lit pour réparer sa plaie par seconde intention ; les douleurs dans le mollet disparurent complètement. Il prolongea ainsi son séjour au lit pendant une quinzaine de jours, et ne seleva définitivement qu'un mois après l'opération. Il marcha sans difficulté pendant quelques jours dans sa chambre, puis il sortit et au retour de sa première promenade qui avait été assez longue, il constata que sa jambe était gonflée. Deux jours après il partit à la campagne sans nous revoir et là, le gonflement de la jambe s'accrut. Il éprouvait de la gêne pour marcher et ressentait quelques douleurs dans la jambe gauche. Au bout d'une dizaine de jours le gonflement diminua peu à peu. A l'heure actuelle, c'est-à-dire deux mois après l'opération, il présente un peu d'œdème de la jambe gauche, un cordon induré et sinueux marque le trajet de la veine saphène externe, mais il n'y a rien d'anormal au niveau des autres veines du membre inférieur.

L'état général est bon. Le malade a repris des forces ; il s'alimente sans jamais éprouver de malaise et a légèrement engraisé.

Aucune douleur abdominale ; du côté de la région iliaque droite, tout est en parfait état.

En somme : une phlébite du membre inférieur gauche s'est révélée par des douleurs subites quinze jours après l'opération et s'est nettement manifestée lorsque, un mois après l'opération, le malade s'est mis à marcher.

### **Observation II** (In thèse JOUGLARD, 1902).

PROFESSEUR PONCET

*Appendicite pariétale. Appendicectomie à froid. Phlébite du membre inférieur gauche. Hecticité. Mort.*

Marie-Louise X..., 48 ans, n'a dans ses antécédents héréditaires rien à signaler. Dans ses antécédents personnels on note une crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 26 ans.

Depuis plusieurs années, la malade a ressenti de temps à autre dans la fosse iliaque droite des douleurs parfois accompagnées de vomissements. Ces crises, du reste, disparaissent en quelques jours. La dernière est survenue à la fin d'été 1899, et s'est présentée avec des caractères analogues aux précédentes.

Le 11 mars 1900, la malade après son déjeuner fut prise dans la région abdominale droite de coliques accompagnées de nausées et de vomissements qui l'obligèrent à s'aliter.

Comme les phénomènes ne s'amendaient pas, la malade entre à l'hôpital. A son entrée, on constate que la région de la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, les muscles de la paroi se défendent et il est difficile de se rendre un compte exact de l'état des parties profondes. On perçoit néanmoins un peu d'empâtement dans la région douloureuse.

Les vomissements ont cessé. L'état général est bon. Aucun symptôme péritonéal.

Le lendemain, sous l'influence du repos et de la glace, la douleur a beaucoup diminué et la contracture de la paroi ayant un peu cédé, on sent plus nettement le plastron perçu la veille.

L'état général étant bon on opère à froid le 10 avril.

Le cæcum est très élevé ; l'appendice difficile à découvrir : il est très long, inclus dans des adhérences et coiffé à son extrémité d'un paquet épiploïque. L'appendice est lié et réséqué.

Les suites opératoires sont normales, mais, huit jours après l'intervention, la malade ressent quelques douleurs dans la jambe gauche en même temps qu'apparaît un œdème blanc, mou, qui ne tarde pas à envahir la racine de la jambe gauche.

La jambe droite a même un commencement de phlébite.

A partir de ce moment, l'état général périclité. Bientôt apparaissent les escharres fessières bilatérales et la température s'élève rapidement.

La plaie opératoire est excellente.

L'état infectieux s'aggrave. La malade meurt dans les premiers jours de juin.

### Observation III

(in thèse BORDESSOULE, 1905). LEGUEU.

*Appendicite chronique. Opération. Phlébite du membre inférieur gauche puis du membre inférieur droit. Embolie.*

Femme de 40 ans, tuberculeuse.

A depuis dix ans une diarrhée intermittente, sans cause, que le régime ne modifie pas d'une manière constante et définitive.

Envies de vomir souvent en se mettant à table. Depuis deux ou trois ans douleurs dans le ventre.

Il y a un mois, le 10 mars 1905, douleur vive localisée à droite et petite crise d'appendicite subaiguë, sans empatement.

*Opération le 11 avril 1905.* — Appendice long, mais oblitéré à la pointe sur un trajet de deux centimètres. A la coupe il présente en dedans beaucoup d'hémorragies folliculaires.

Le soir, la température monte à 38° et la malade se plaint de douleurs dans la jambe gauche ; ces douleurs, assez vives, siègent au mollet.

Le lendemain matin, la température est à 38°5 ; les douleurs persistent et un léger œdème péri-malléolaire apparaît.

Le soir, légère défervescence.

*Le 13 avril.* — La température est à 38°. Les jours suivants la descente se fait en lysis.

*Le 14 avril.* — La malade a ses règles.

*Le 19 avril.* — Les fils sont enlevés (9<sup>e</sup> jour après l'opération).

*Du 20 avril au 27 mai.* — La température est normale, oscillant entre 36°8 et 37°.

*Le 19 mai.* — Nouvelle apparition des règles.

Repos au lit, immobilisation dans une gouttière jusqu'au 26 mai.

*Le 26 mai.* — La malade se lève (45<sup>e</sup> jour après l'opération).

*Le 29 mai.* — La malade présente une brusque ascension thermique ; de 36°8 la température monte à 38°6.

La malade se plaint de douleurs dans la jambe droite, et un léger œdème péri-malléolaire apparaît.

Dans la journée, la malade est prise brusquement de dyspnée, de suffocation ; elle présente tous les signes de l'embolie.

La température, montée à 39°, descend lentement pour revenir à la normale six jours après.

Repos au lit, immobilisation dans une gouttière. La malade sort, guérie, le 27 juin.

#### Observation IV

(In thèse BORDESSOULE, 1905). LEGUEU.

*Appendicite chronique. Opération. Phlébite du membre inférieur gauche, puis du membre inférieur droit.*

Jeanne J..., 19 ans. Après avoir eu trois crises d'appendicite à des dates assez éloignées, entre à l'hôpital pour se faire opérer.

Elle entre le 14 février et est opérée le 16. Pendant ces deux jours la température avait été normale. Elle ne présentait alors comme reliquat de ses crises antérieures d'appendicite qu'une légère douleur au niveau de la fosse iliaque droite ; le ventre n'était ni dur, ni ballonné.

L'opération fut des plus simples. Incision classique. Ouverture du péritoine sur une longueur de 4 centimètres. Découverte facile d'un appendice long et congestionné à la pointe.

Cet appendice est relié au cæcum par des adhérences.

Ligature. Section de l'appendice au thermocautère et enfouissement. Suture exacte.

Après l'opération la malade ne présente rien d'anormal. Sa température se maintint toujours aux environs de 37°, sauf le deuxième jour au soir où la malade présentait une légère élévation de 37°3 ; et le septième jour où elle montait à 37°5.

Les fils furent enlevés le huitième jour.

La malade quitte l'hôpital le 5 mars, c'est-à-dire le dix-neuvième jour après l'opération, et s'en va chez elle.

*Le 12 mars.* — Elle fait un léger épanchement pleurétique.

*Le 16 mars.* — La malade ressent des douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans la cuisse gauche et jusqu'aux malléoles. La malade ne peut remuer sa jambe sans ressentir de vives douleurs. Température : 38°5.

Le lendemain du gonflement apparaît à la racine de la jambe gauche et gagne tout le membre.

Des douleurs apparaissent dans la jambe droite, et quatre jours après le gonflement apparaît à la racine de la jambe pour gagner tout le membre.

Repos au lit.

Immobilisation dans une gouttière.

*Le 26 avril.* — La malade se lève et commence à marcher.

*Le 27 juin.* — Toute trace de phlébite a complètement disparu. On constate simplement un léger œdème bimalléolaire.

### Observation V

(In thèse BORDESSOULE, 1905). GUINARD.

*Appendicite chronique. Opération. Phlébite de la jambe gauche, puis de la jambe droite.*

Anna D..., 19 ans, servante, entre le 10 octobre 1904 dans le service de M. le Dr Guinard. Elle a déjà eu trois crises d'appendicite.

A la palpation on sent un léger empâtement dans la fosse iliaque droite. Douleur à la pression.

*Le 11 octobre.* — Opération. On trouve un appendice coudé

par une adhérence. Il contient une bouillie fécale et est oblitéré à son extrémité sur une étendue de 1 centimètre.

Pas de drain.

Le dix-huitième jour après l'opération : légère élévation de température. Douleurs du côté gauche dans le bas-ventre ; ces douleurs s'irradient dans la cuisse.

Le lendemain gonflement qui débute à la racine du membre et qui gagne toute la jambe.

Cinq jours après : douleurs et gonflement de la jambe droite. Repos au lit. Immobilisation dans une gouttière pendant trente jours. La malade sort guérie.

## Observation VI

(In thèse BORDESSOULE, 1905). JALAGUIER.

*Appendicite chronique. Opération. Phlébite du membre inférieur gauche.*

Jeune femme de 32 ans, nettement rhumatisante. Poussées subaiguës d'appendicite. Pas de phlébite antérieure.

Opérée le 24 mai 1905.

Le seizième jour après l'opération une phlébite se déclare dans la jambe gauche. Ce fut une phlébite légère mais étendue à tout le membre.

Pas d'embolie.

Guérison.

### Observation VII

In *Revue de chirurgie*, 1901. Tome XXIII. VILLARD ET VIGNARD.

*Appendicite opérée à froid. Phlébite du membre inférieur gauche. Infarctus pulmonaire. Guérison.*

M. X..., âgé de 26 ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Bonne-santé habituelle.

Au mois de janvier dernier, le malade a présenté pendant trois jours des douleurs abdominales très vives, accompagnées de vomissements et de symptômes permettant de supposer qu'il s'est agi d'une attaque d'appendicite. Des douleurs semblables ont réapparu le 18 avril avec le même caractère de violence et de localisation dans la fosse iliaque droite. Constipation. Pas de vomissements.

*Le 20 avril.*— La température oscille entre 39° et 40°; le ventre est ballonné, douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite et en un point symétrique dans la fosse iliaque gauche. Le météorisme s'oppose à toute sensation nette. Le toucher rectal ne décèle rien d'anormal.

Opium à l'intérieur et glace sur le ventre. Le pouls oscille entre 90 et 100.

*Le 21.* — La température baisse et reste entre 38° et 39°.

*Le 22.* — Elle est à 37°5, mais le malade souffre toujours et a brusquement deux vomissements verdâtres abondants. La température reste stationnaire et la fréquence du pouls ne s'accroît pas.

*Les jours suivants* tout symptôme alarmant a disparu, et le 26, la température est normale depuis quatre jours.

Le malade, désirant éviter le plus rapidement possible le retour d'accidents semblables et pour des raisons personnelles réclamant l'intervention dans le plus bref délai, est opéré par l'un de nous.

L'appendice très volumineux est trouvé aisément et libéré sans peine de quelques adhérences molles. On le résèque et on enfouit son moignon dans la paroi cæcale. Suture à trois plans. Petit drain à la partie inférieure de la plaie.

Après l'opération, sans que l'état de l'abdomen offre rien de particulier, on voit la température s'élever régulièrement et atteindre 39° le 28 au soir. En même temps le malade, qui s'était déjà plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche dès le lendemain de l'intervention, accusait au niveau du mollet une sensation douloureuse de plus en plus intense. La jambe était à ce moment de volume normal, sans traces d'œdème, offrant un certain degré d'engourdissement et une douleur nette à la pression au niveau des muscles jumeaux.

Le 28 au soir, brusquement, sans cause appréciable survint une crise de dyspnée intense s'accompagnant de tachycardie. Le pouls atteint 140 ; la face est pâle et couverte de sueur. L'interprétation immédiate de ces accidents n'est pas donnée ; on défait le pansement et l'on peut constater l'intégrité absolue de la plaie et l'absence de toute réaction péritonéale. Un point de suture est enlevé par surcroît de précaution ; on trouve à son niveau les tissus absolument normaux.

Le 29, une petite hémorragie s'est produite au niveau du point de suture enlevé, la température atteint presque 40°, mais alors l'explication de ces accidents est donnée par l'apparition d'une phlébite manifeste du membre inférieur gauche. Le mollet est volumineux et douloureux ; il existe de l'œdème sur la

face antérieure du tibia. La dyspnée a diminué, mais le malade tousse fréquemment ; il expectore de petits crachats hémoptoïques et se plaint d'une odeur fade avec un goût de sang dans la bouche.

L'auscultation et la percussion du poumon restent absolument négatives : il est rationnel de penser qu'une embolie pulmonaire, s'accompagnant d'infarctus, s'est détachée du caillot de la veine fémorale et a été la cause de tous les accidents.

Les jours suivants, la température s'abaisse progressivement ; le pouls se rapproche de la normale après être resté plusieurs jours autour de 110-120. La toux reste fréquente, mais les crachats prennent une teinte de plus en plus foncée et contiennent en tout cas moins de sang. Du côté du membre inférieur gauche, la phlébite a atteint son complet développement : l'œdème s'étend jusqu'à la racine de la cuisse, et une circulation complémentaire superficielle dessine des réseaux cutanés au membre inférieur et même à la fosse iliaque.

Cet état a persisté jusqu'au 15 mai, époque à laquelle le membre a commencé de diminuer de volume ; en même temps la température restait normale, s'élevant de temps en temps seulement au-dessus de 38°. Cependant la toux ne s'amendait pas ; l'expectoration était devenue purulente et l'état général restait très médiocre. L'auscultation maintes fois pratiquée avait toujours été négative, lorsque, vers la fin de mai, elle permit de découvrir à la partie moyenne du poumon gauche en arrière, une zone de matité de deux travers de doigt environ au niveau de laquelle les vibrations étaient complètement abolies. La pectoriloquie aphone et l'œgophonie étaient très nettes.

Le malade fut examiné à ce moment par M. le professeur agrégé Paviot, qui porta le diagnostic de pleurésie interlobaire

sérieuse et conseilla l'abstention opératoire momentanée. Peu à peu, en effet, l'état général s'améliora, la toux devint moins fréquente, et le 8 juin un nouvel examen montra qu'il ne restait presque rien des signes précédemment constatés. Le malade fut envoyé à la campagne et malgré le rétablissement progressif de ses fonctions physiques et une augmentation de poids très nette, deux incidents survinrent, témoignant de la réalité du diagnostic porté.

A deux reprises, en effet, à la suite de quintes de toux plus violentes, ce jeune homme cracha des morceaux assez volumineux de tissu pulmonaire nécrosé, évacuant ainsi son infarctus par les voies naturelles. Cette élimination des tissus sphacelés s'accompagna de signes stéthoscopiques simulant la formation de cavernales pulmonaires, à tel point que le diagnostic de tuberculose put être porté par un médecin mal renseigné sur l'histoire pathologique présentée antérieurement.

Actuellement ce malade est complètement guéri et les signes stéthoscopiques pulmonaires ont totalement disparu.

### **Observation VIII (SONNENBURG).**

(In *Congrès de la Société allemande de chirurgie de Berlin*, 1902.)

#### *Appendicites. Opération. Phlébites.*

« J'ai étudié un millier de cas d'appendicite opérés par moi  
« tant à chaud qu'à froid, et j'ai trouvé dans vingt-quatre cas  
« des complications du côté du système nerveux. »

### CHAPITRE III

## LES INFECTIONS GÉNÉRALES D'ORIGINE APPENDICULAIRE.

### Pathogénie des phlébites.

La réalité des infections générales d'origine appendiculaire a été signalée depuis plusieurs années. Ce sont les complications septiques du côté de l'appareil respiratoire ou de la glande hépatique qui ont suscité les premiers travaux.

Croizat en 1893, dans une thèse faite à Lyon, avait montré la pleurésie comme complication possible d'une appendicite en évolution. C'est le professeur Dieulafoy qui a mis en lumière la fréquence relative de cet accident : dans plusieurs cliniques il a décrit la pleurésie appendiculaire, montrant celle-ci depuis ses formes les plus simples où l'épanchement est constitué par un liquide uniquement séreux, jusqu'à ses formes les plus septiques ou celui-ci devient franchement purulent.

Piart, dans sa thèse (1896), a dressé un tableau très documenté de tous les méfaits imputables aux suppura-

tions d'origine appendiculaire et a ajouté notamment aux accidents pleuraux la notion des infections secondaires hépatiques. Ce sont celles-ci que M. Dieulafoy a décrites dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu sous le nom de foie appendiculaire, en insistant sur les connexions intimes qu'établit la veine porte entre le cœcum et la glande hépatique.

Loison a apporté ensuite des documents nouveaux sur cette question et a confirmé les notions que nous venons d'exposer.

En 1814, Gouraud, dans une thèse faite sous l'inspiration de Gangolphe, a signalé une nouvelle complication des lésions appendiculaires en montrant les rapports qui unissent la pathogénie de certaines psoïtes aux infections de l'appendice.

M. Roger, en 1900, a insisté sur cette complication à propos d'un cas de Richelot, et a démontré dans son travail la propagation par contiguïté de l'inflammation de l'appendice au psoas et au muscle iliaque sous-jacent.

Enfin l'année suivante, Lapeyre (de Tours) montra les relations existant entre l'inflammation des lymphatiques du péritoine pariétal et l'apparition des abcès sus et sous-hépatiques, se compliquant ou non de pleurésie droite.

∴

D'après le court exposé que nous venons de faire et que nous empruntons au travail de MM. Villard et Vi-

gnard, il semble bien que l'on ne doive plus considérer l'appendicite comme une affection à évolution purement locale, mais comme une maladie déterminant un foyer septique primitif d'où peuvent partir des métastases secondaire plus ou moins éloignées.

Toutefois, jusqu'à présent, les manifestations pleurales, hépatiques ou musculaires que nous avons rapportées sont d'une interprétation facile. Ce ne sont en somme que des propagations se faisant directement pour le psoas, par l'intermédiaire des puits lymphatiques du diaphragme pour la plèvre, et par la veine porte pour le foie.

Mais ces métastases peuvent atteindre un degré de plus et donner naissance à des manifestations éloignées, sans aucun rapport avec le foyer primitif : c'est le cas des localisations phlébitiques au membre inférieur gauche.

La réalité de ces localisations est indiquée, au même titre que toute infection générale d'origine appendiculaire, par de petites oscillations de la température qui peut atteindre 37°5, 38° d'après Broca (Société de Chirurgie 17 octobre 1906) et d'après Dieulafé, qui depuis cette époque a eu l'occasion d'observer des malades présentant de légères élévations thermiques sans qu'il y ait la moindre complication du côté de la plaie. Après le troisième ou quatrième jour, ces malades revinrent à une température normale au-dessous de 37° 5 et eurent des suites opératoires exemptes de complications, les plaies se réunissant d'une façon parfaite par première intention. Ces faits confirment l'opinion

de Roux, de Lausanne, qui en 1900 écrivait : « La phlébite survient aussi bien après l'opération à froid, « c'est-à-dire en dehors de tout accident septique palpable, qu'au cours d'accès aigus. » La presque totalité de nos observations a également trait à des formes d'appendicite non suppurée.

La phlébite apparaissant dans ces conditions ne peut être consécutive à des accidents d'infection opératoire puisque aucun accident infectieux ne se manifeste du côté de la plaie et que la réunion par première intention est parfaite (Voir nos observations.)

L'infection générale, partie de l'appendice enflammé, est la seule qui puisse être mise en cause. Cependant, bien qu'il soit vraisemblable d'admettre qu'il s'agit d'une infection générale de l'économie, il nous reste à discuter une interprétation pathogénique soutenue il y a quelques années.

En 1899, dans la *Semaine Médicale*, MM. Tripier et Paviot, conformément à l'opinion émise par Jalaguier et ébauchée avant lui par Sahli, Gobulow et Merklen, soutinrent que les lésions observées au niveau de l'appendice iléo-cœcal n'étaient que la localisation secondaire d'une infection primitive de l'organisme.

Pour ces auteurs l'appendicite doit être considérée comme une maladie infectieuse générale d'emblée et les accidents présentés du côté de la fosse iliaque droite ne sont que secondaires, consécutifs. Les faits de phlébite que nous rapportons ne viendraient-ils pas à l'appui de cette théorie de MM. Tripier et Paviot, en ajou-

tant une manifestation de plus de l'infection générale de l'organisme aux localisations appendiculaires ?

Nous ne croyons pas devoir nous rattacher à cette hypothèse, et cela pour les raisons suivantes :

Tout d'abord, si dans quelques cas qui sont certainement l'exception on peut retrouver dans l'histoire des malades atteints d'appendicite l'existence d'un état infectieux antérieur, le plus souvent il n'existe rien de semblable.

D'autre part, il est difficile d'admettre que les lésions de l'appendice iléo-cœcal soient secondaires à une maladie générale infectieuse primitive, qui se localiserait uniquement dans cet organe et ne manifesterait pas son existence par l'altération plus ou moins profonde des organes ordinairement touchés par l'infection, tels que le foie, le poumon, la rate, etc.

De plus on ne peut interpréter la phlébite gauche comme le résultat d'une affection générale primitive atteignant à la fois l'appendice et la veine. Dans la plupart de nos observations, en effet, c'est tardivement qu'est apparue la thrombose, bien après le délai ordinaire que l'on observe entre une infection et la thrombose consécutive : dans la puerpéralité par exemple.

En définitive, nous croyons, avec Villard et Vignard, qu'il faut considérer la phlébite survenant au cours d'une appendicite comme compliquant celle-ci et n'étant que la manifestation à distance d'une infection générale de l'organisme, infection partie d'un foyer péritonéal et appendiculaire primitif.

## CHAPITRE IV

### LEURS CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES LEUR FRÉQUENCE

Outre l'infection, cause primordiale, d'autres conditions sont nécessaires pour l'apparition d'une phlébite après appendicectomie à froid.

En dépouillant nos observations nous sommes frappés de ce fait que la plupart de nos malades présentent un terrain favorable à l'éclosion de la phlébite. La malade de notre observation III est tuberculeuse ; les malades des observations II et VI sont nettement rhumatisants ; les autres, affaiblis par des crises appendiculaires antérieures ou par les suites de l'opération, sont des sujets en état de moindre résistance chez lesquels toute infection pourra facilement apparaître.

Un fait est à noter sur lequel ont insisté plusieurs auteurs, c'est la plus grande fréquence de la phlébite chez les malades de la clientèle particulière. Quatre cas du D<sup>r</sup> Jalaguier (cités par Bordessoule) sont des malades de sa clientèle particulière. Le D<sup>r</sup> Walter a fait la

même constatation : dans tous les cas de phlébite qu'il a observés à la suite d'appendicectomie à froid, il ne s'est jamais agi de malades de l'hôpital.

Sonnenburg (cité par Dieulafoy) donne à ce propos l'explication suivante :

« Les patients de la première catégorie, c'est-à-dire  
« les malades de la clientèle particulière, très anxieux  
« après une ou plusieurs crises appendiculaires, pren-  
« nent tant de ménagements au point de vue du régime  
« qu'ils finissent par se nourrir insuffisamment et par  
« débiliter ainsi leur muscle cardiaque. Cette faiblesse  
« du cœur paraît être, en effet, la cause primordiale du  
« développement de ces thromboses. »

Cette interprétation nous paraît plausible et nous comprenons bien que de tels malades, anxieux et déprimés, puissent offrir un terrain favorable à l'infection.

Il ne semble pas que le sexe ait une influence sur l'apparition de la phlébite, mais ce qui est hors de doute c'est la grande fréquence de cette complication chez les hommes et les femmes jeunes. Sur 7 opérations, 6 de nos malades ont moins de 40 ans.

Chez l'enfant, la phlébite est particulièrement exceptionnelle. Kirmisson n'en a jamais vu ; Félizet, pas davantage ; Villemain, de même. Broca n'en a observé qu'un seul cas (Société de Chirurgie. Séance du 17 octobre 1906.)

Chez l'adulte, elle n'est pas aussi exceptionnelle que chez l'enfant ; c'est cependant une complication « rare » (Broca) dont il est difficile de dire exactement quelle est la fréquence. Comme l'a dit Walter, leur nombre

est peut-être plus grand qu'on ne le pense, car elles peuvent passer inaperçues, ou, ainsi que nous le dirons plus loin, ne se révéler que par une embolie subite, sans prodromes, et sans trace apparente d'infection veineuse (1).

1. Certains cas de phlébites du membre inférieur *droit* viennent à l'appui de la théorie de Dieulafoy. Nous en donnons pour preuve l'observation suivante :

**Observation (REBOUL)**

*Appendicectomie à froid. — Parotidite. — Phlébite droite.*  
(Bulletin de la Société de chirurgie, 1903, page 586.)

Femme, 28 ans.

Parotidite ayant compliqué une appendicite opérée à froid.

La parotidite est apparue onze jours après l'opération.

*Un mois* après l'opération, douleur dans le mollet droit, cordon dur sur le trajet de la saphène externe ; le lendemain, induration étendue à la saphène externe. Tout le membre inférieur droit était lourd, endolori.

La malade put se lever quinze jours après.

.\*

Comment expliquer dans ce cas la localisation phlébitique à droite ? Quelles raisons invoquer ? La théorie de Dieulafoy va nous les fournir :

Cette phlébite est apparue à droite — contrairement à la majorité des cas — mais *elle s'est déclarée tardivement, un mois après l'opération*. Le malade n'étant plus gêné par la plaie opératoire devait pouvoir remuer aussi bien le membre *droit* que le membre gauche, d'où localisation différente des cas ordinaires.

## CHAPITRE V

### LEUR SIÈGE PLUS FRÉQUENT A GAUCHE

La fréquence de la localisation phlébitique au membre inférieur gauche est signalée par tous les auteurs, C'est Roux (de Lausanne) qui le premier fit remarquer, en 1900, la plus grande fréquence des phlébites gauches.

Petit (1903) et Bordessoule (1905) insistent dans leur thèse sur cette particularité et rapportent vingt-quatre cas de phlébite après appendicéctomie dont quinze cas de phlébite gauche.

En 1906, Hoffmann (de Vienne) écrivait ceci: « Les thromboses veineuses primitives sont fréquentes comme  
« dans toutes les maladies infectieuses, dans la proportion d'environ 100. Mais ce qui est remarquable  
« c'est l'énorme fréquence des phlébites iliaques gauches, dans la proportion de plus des trois quarts, sans  
« qu'il soit encore possible d'en démêler la cause au milieu des multiples théories émises. »

Examinons ces théories et voyons si elles sont suffisantes pour expliquer la prédilection de l'infection veineuse au membre inférieur gauche.

Petit et Bordessoule en trouvent la raison par les données de l'anatomie et de la physiologie. Voici l'opinion de Petit :

« La phlébite de la veine iliaque gauche est plus fréquente que la phlébite droite à cause :

« 1<sup>o</sup> De la coudure de l'S iliaque qui croise la veine iliaque gauche ;

« 2<sup>o</sup> Du contact de l'artère de même nom qui la recouvre ;

« 3<sup>o</sup> De l'obliquité de cette veine, plus prononcée à gauche qu'à droite.

« On a aussi invoqué la coprostase, la constipation étant fréquente au cours de l'appendicite. »

Bordessoule s'exprime ainsi :

« Le côlon iléo-pelvien croise les vaisseaux iliaques externes : la veine iliaque primitive gauche est plus longue que celle du côté droit, elle a un trajet plus oblique. Le cours du sang se fait plus difficilement de ce côté ; en effet il peut y avoir compression de la veine gauche par l'artère iliaque primitive droite qui la croise.

« Une autre cause de compression est la stase des matières fécales durcies dans l'S iliaque dilaté. Le malade, purgé la veille de l'opération, est soumis ensuite au régime opiacé ; pareil régime et le repos aulit sont bien faits pour déterminer cette coprostase.

« Cette disposition anatomique, nous expliquant la difficulté de la circulation, la stagnation du sang et la facilité de l'infection, montre pourquoi la phlébite se localisera de préférence à gauche. »

Certes, nous ne voulons pas nier l'influence accessoire que peuvent apporter ces causes mécaniques; ce sont des conditions générales dont on doit tenir compte, mais elles ne nous expliquent pas pourquoi les micro-organismes circulant dans le sang se localiseront surtout à gauche.

On a voulu enfin faire jouer un rôle aux altérations inflammatoires de la veine mésentérique inférieure. Est-il possible que ces altérations puissent produire, par contiguïté avec la veine iliaque gauche, une thrombose de celle-ci, alors même que l'inflammation appendiculaire s'est propagée au colon pelvien?

Cette hypothèse n'est pas admissible: aucune lésion de cette portion du gros intestin n'a été consignée dans les autopsies qu'ont faites MM. Willard et Vignard. De plus la phlébite gauche n'est pas signalée dans les sigmoïdites où elle devrait pourtant se montrer d'une façon élective.

Aussi, ces raisons anatomiques et physiologiques ne nous semblent pas péremptoires, et aucune des explications fournies ne nous satisfait pleinement l'esprit.

Le Dr Dieulafoy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse, émet, dans sa communication à la Société de Chirurgie (17 octobre 1906) une hypothèse qui à elle seule pourrait expliquer la localisation phlébitique à gauche.

En raison des douleurs qui surviennent pendant les crises appendiculaires, en raison du siège de la plaie opératoire après l'intervention chirurgicale, le malade immobilise son membre inférieur droit tandis qu'il peut

continuer à mouvoir la jambe et la cuisse gauches.

L'immobilisation, et par suite, la circulation forcément moins active du côté droit, mettent ce membre davantage à l'abri des localisations microbiennes dans le système veineux, d'où la plus grande rareté de la phlébite au membre inférieur droit.

MM. Broca et Routier ne se rangent pas à l'avis de Dieulafoy, mais ne donnent pas d'arguments contre la théorie de cet auteur (Société de chirurgie. *Loc. cit.*).

A l'appui de la théorie de Dieulafoy nous rapportons trois observations de phlébites du membre inférieur *gauche* apparues après opération de cure radicale de hernie inguinale du côté *droit*. Ces observations ont été communiquées au Dr Dieulafoy par MM. Viguié et Roy, médecins militaires, et par M. le Dr Gourdou, médecin à Soual (Tarn).

### Observation I

*Communiquée par M. le médecin major VIGUIÉ.*

Delrieu, 23 ans, hôpital du Belvédère, 9 juillet 1904.

Opéré le 24 juillet d'une hernie inguinale droite.

Les suites opératoires ont été des plus simples : la température n'a pas dépassé 37°4.

*Le 1<sup>er</sup> avril.* — On enlève les fils et on fait le premier pansement. La réunion par première intention est parfaite.

*Le 8 avril.* — Deuxième pansement. La cicatrice est faite et l'on se borne à saupoudrer avec de la poudre d'amidon.

*Le 10 avril.* — Mouvement fébrile, langue saburrale, douleurs d'estomac et diarrhée (4 selles par jour).

*Le 14 avril.* — Température 38°5.

Pouls : 120.

Phlébite du membre inférieur gauche (côté opposé à la hernie opérée).

Vive douleur dans l'aîne gauche avec cordon induré profond suivant le trajet des vaisseaux fémoraux. On note l'augmentation de volume de la cuisse gauche.

*Le 4 septembre.* — État général excellent. Le malade ne souffre plus. Il peut rester debout toute la journée et marche sans claudication.

*Le 9 septembre.* — La cuisse gauche présente toujours un peu d'augmentation de volume.

Le malade quitte l'hôpital.

### Observations II et III

*Communiquées par MM. ROY et GOURDOU.*

Les D<sup>rs</sup> Roy, médecin militaire, et Gourdou (de Soual) ont vu une phlébite *gauche* survenir à la suite d'opération de hernie inguinale droite. Dans le cas de Roy il s'agissait d'une cure radicale à froid, dans le cas de Gourdou d'une hernie étranglée.

Dans ces trois observations de cure radicale de hernie inguinale droite, le mécanisme de la phlébite gauche consécutive à l'opération est identiquement pareil à celui des phlébites gauches après appendicectomie à froid : le membre droit a été immobilisé en raison du siège de la plaie opératoire et a échappé plus facilement à l'infection.

Celle-ci s'est localisée au membre inférieur *gauche* que le malade peut mouvoir à volonté, où la circulation est plus active que du côté opposé, et partant plus facilement exposé aux localisations des microorganismes dans le système veineux.

## CHAPITRE VI

### SYMPTÔMES — FORMES CLINIQUES

La phlébite après appendicectomie à froid peut se traduire par plusieurs symptômes : accélération du pouls, température, crampes, fourmillements, œdème dur, blanc, douloureux.

L'accélération constante et permanente du pouls, signe mis en valeur par nos maîtres Pinard et Wallich, pourra permettre de déceler une phlébite ne se manifestant pas encore par d'autres symptômes, cette accélération du pouls ne manquant jamais dans toute phlébite.

Au lendemain ou au surlendemain de l'opération la température mettra, elle aussi, le chirurgien sur la voie du diagnostic, l'élévation thermique étant un des symptômes les plus constants de la phlébite. Nous disons : des plus constants, car ce symptôme peut manquer comme dans le cas de Dieulafoy que nous rapportons, (observation I).

Aussi distinguerons-nous dans cette étude des formes :

- 1° Pyrétiques ;
- 2° Apyrétiques ;
- 3° Emboliques d'emblée.

1° FORME PYRÉTIQUE. — Dans cette forme, constatée dans nos observations III, IV, V et VII, l'élévation de la température coïncide avec l'apparition de la phlébite ; le tracé thermique reste ordinairement élevé pendant trois, quatre, cinq jours, puis redevient normal ou presque normal.

Examinons quelles ont été les variations thermiques chez le malade qui fait l'objet de notre observation IV :

Le deuxième jour après l'opération la température monte à 38°5 : en même temps se révèlent les symptômes d'une phlébite au membre inférieur gauche. La courbe thermique redescend les jours suivants aux environs de 37° et y reste pendant dix--huit jours. Le dix-neuvième jour il y a apparition de douleurs et de gonflement au membre inférieur droit : la température est alors de 38°5.

Dans l'observation III la phlébite apparaît au lendemain de l'opération : elle est accompagnée d'une température de 39°5. Quatre jours après la température redescend à la normale et y reste pendant quarante jours. A ce moment le malade fait une phlébite de l'autre membre et l'on constate une nouvelle ascension thermique (38°6).

Aussi dans la grande majorité des cas, une élévation de température apparaissant trois ou quatre jours après

l'opération, pourra faire craindre l'apparition d'une phlébite.

Le début de la phlébite est en général lent, insidieux (comme la phlegmatia alba dolens des nouvelles accouchées) apparaissant en général entre le huitième et le vingtième jour après l'opération (observation V: dix-huitième jour; observation VI: seizième jour). Quelquefois elle se manifeste plus tard: dans l'observation IV la phlébite apparaît le trentième jour après l'opération. D'autres fois plus tôt: dans les observations III et VII elle apparaît le lendemain.

Les signes fonctionnels observés sont au nombre de deux: la douleur et l'impotence fonctionnelle.

Au début, la douleur siège au point où s'est produite la thrombose: tantôt au niveau de la racine de la cuisse (observations IV et V), tantôt à la partie médiane de cette dernière, au niveau du canal de Hunter, tantôt au milieu du mollet (observations III et VII).

C'est le plus souvent une douleur lente, sourde; quelquefois cependant une douleur vive suivant le trajet des nerfs: c'est la forme névralgique qu'ont signalée MM. Vaquez et Quénu.

L'impotence fonctionnelle accompagne la douleur; elle est complète, absolue.

L'examen physique du membre atteint de phlébite nous montre ce dernier augmenté de volume, déformé, arrondi. La jambe est ordinairement à demi fléchie sur la cuisse et la cuisse fléchie sur le bassin; le membre est en même temps en légère rotation externe.

Mais le signe caractéristique est l'œdème blanc, dur,

douloureux (alba dolens). L'œdème accompagne ou suit la douleur; il débute au niveau de la racine du membre (observations IV et V) et de là, gagne l'extrémité inférieure.

Comme dans toute phlegmatia alba dolens, on peut constater dans ces phlébites de l'hydarthrose au niveau du genou.

La recherche des veines doit être évitée dans la crainte de provoquer le détachement d'un thrombus.

Nous signalons en passant, parmi ces formes pyrétiqes, une forme douloureuse (observation III) où l'opéré se plaint d'un point douloureux localisé en une région du membre inférieur. Ce dernier peut en même temps présenter un léger œdème péri-malléolaire. On peut, de même, constater une faible élévation de la température (38° 3 : observation III).

Le chirurgien doit tenir pour suspectes ces formes douloureuses. Souvent, alors que la température est normale depuis au moins trente jours, si l'on permet au malade de se lever, une embolie plus ou moins grave pourra se produire (obs. III).

2° FORME APYRÉTIQUE. — La deuxième forme ou forme apyrétique, est celle où la phlébite se manifeste par des phénomènes douloureux et de l'impotence fonctionnelle, mais ne s'accompagne nullement d'ascension thermique.

Dans le cas du Dr Diculafé (obs. I) la phlébite fut simplement caractérisée par une douleur au niveau du mollet et du creux poplité, plus tard par de la gêne fonctionnelle, mais aucune modification du tracé thermique ne fut notée.

3<sup>e</sup> FORME EMBOLIQUE D'EMBLÉE. — La troisième forme que nous nous sommes proposé de décrire, ou forme phlébitique à début embolique, évolue d'une façon latente, sans signes permettant de la prévoir. Elle ne se manifeste que par sa complication la plus grave : l'embolie.

Ces embolies bien étudiées par Petit dans sa thèse (1903) surviennent à l'occasion d'un mouvement, d'un effort (cas de Guinard), et brusquement le malade meurt.

Les embolies survenant dans les phlébitides déclarées, c'est-à-dire dans les phlébitides où il y a de la température, de la douleur, de l'œdème, apparaissent presque en même temps ou peu après la phlébite (2<sup>me</sup> jour, obs. VII).

D'après Sonnenburg ces phlébitides sournoises occuperaient les veines abdominales. Voici son opinion : « Le diagnostic des thromboses, possible toutes les fois que la lésion intéresse les membres inférieurs, est impossible dès qu'il s'agit des veines abdominales. J'ai pu me rendre compte que ces thromboses précédant les embolies pulmonaires ne s'annonçaient généralement *ni par une élévation de température, ni par une fréquence anormale du pouls, ni par des symptômes douloureux.* »

En résumé, si une phlébite se déclare après appendicectomie à froid, elle s'annoncera suivant ses formes cliniques par de la douleur, de l'œdème plus ou moins étendu avec ou sans élévation de température, ou simplement par une embolie.

## CHAPITRE VII

### DIAGNOSTIC — PRONOSTIC — PROPHYLAXIE TRAITEMENT

Du huitième au vingtième jour après l'opération, quand la phlébite apparaît avec tous ses symptômes : fièvre, douleur, œdème, accélération permanente du pouls, le diagnostic ne présente aucune difficulté. Mais dans l'intérêt des malades le chirurgien doit dépister cette phlébite avant l'apparition des symptômes : douleur et œdème.

Aussi devra-t-on, chez tout opéré d'appendicite, examiner soigneusement la température de chaque jour. La constatation d'une élévation thermique, deux, trois, quatre jours après l'opération, sera suspecte : Le malade est menacé de phlébite. Il en sera de même d'une accélération permanente du pouls, ce signe ne manquant jamais dans la phlébite, suivant Pinard et Wallich.

Si l'un de ces signes est noté, le chirurgien devra recommander et exiger l'immobilité absolue, le plus

léger mouvement pouvant provoquer une embolie. Celle-ci peut s'accompagner d'une élévation de température (obs. VII) et se diagnostiquera facilement d'après ces symptômes : point de côté, dyspnée extrême, sensation d'asphyxie, crachats sanguinolents, jus de réglisse.

Quel est le pronostic de ces phlébites ?

Après une période d'état de trois à quatre semaines, elles évoluent généralement vers la guérison (observations I, III, IV, V, VI, VII). La douleur cède la première, l'œdème diminue, la motricité du membre revient peu à peu ; mais longtemps encore (deux mois après l'opération : obs. I) on peut percevoir un cordon dur, induré, marquant le trajet de la veine atteinte (obs. I). D'autres fois ces phlébites laissent après elles un œdème chronique de toute la jambe gauche (obs. I) ou simplement péri-malléolaire (obs. IV).

Mais le pronostic est surtout assombri par les complications possibles, complications analogues à celles observées dans la phlegmatia alba dolens des accouchées : des troubles vasculaires (apparition de varices dues au défaut de circulation dans le système veineux) ; des troubles nerveux sensitifs (névralgies) ; des troubles nerveux moteurs (crampes dans les jambes).

L'embolie complique les phlébites déclarées ; mais elle en est quelquefois le seul signe (forme embolique d'emblée) sans qu'aucun symptôme n'ait permis de prévoir ces phlébites cachées (Sonnenburg, Walter, Guinard). Le pronostic de pareilles embolies est toujours grave, soit directement, soit par les complications qui peuvent survenir (abcès et gangrène du poumon).

Aussi, dans la crainte d'accidents possibles, il sera sage et prudent de surveiller attentivement les membres inférieurs des opérés et les douleurs qui peuvent y apparaître.

Les moindres oscillations thermiques seront notées avec le plus grand soin ; tout mouvement sera formellement interdit si les symptômes observés ou si l'élévation de la température révèlent un commencement de phlébite. On ne saurait surtout recommander une trop grande prudence lorsqu'il s'agira de permettre aux opérés de sortir du lit, aussi il serait à désirer que tout opéré d'appendicite gardât le lit pendant trois semaines au moins après l'intervention, même s'il ne présentait aucun symptôme apparent de phlébite.

Le traitement se résume dans l'immobilisation du membre dans une gouttière ouatée, ou au besoin dans une gouttière plâtrée. Toute friction sur le trajet de la veine atteinte doit être évitée et considérée comme très dangereuse puisqu'elle peut produire une embolie pulmonaire.

Au bout de quarante jours seulement on pratiquera le massage du membre ; les mouvements seront ensuite permis pour prévenir l'atrophie.

Le rétablissement de la circulation veineuse sera facilité par une compression légère au moyen d'une bande élastique ou d'une bande de crêpe Velpeau.

La fièvre et la douleur réclament leur traitement symptomatique : analgésine, liniments calmants, douches tièdes ou application d'eau chaude, enveloppement ouaté.



## CONCLUSIONS

1° La phlébite du membre inférieur gauche est une complication qui peut survenir à la suite d'appendicectomie à froid ;

2° Elle peut ne se traduire par aucun symptôme et ne se manifester que par sa complication la plus grave : l'embolie ;

3° Cette phlébite est une complication secondaire de l'appendicite ; elle est la manifestation à distance d'une infection générale de l'organisme, infection partie d'un foyer péritonéal et appendiculaire primitif ;

4° Elle peut survenir alors qu'aucun accident infectieux ne se manifeste du côté de la plaie opératoire, et que la réunion par première intention est parfaite ;

5° Son apparition est favorisée par l'état de faiblesse dans lequel sont les malades ayant eu une ou plusieurs crises appendiculaires ;

6° Elle est plus fréquente au membre inférieur *gauche*. Celui-ci est en effet mobilisable, tandis que le membre inférieur droit est immobilisé en raison des douleurs qui surviennent pendant les crises, en raison aussi du siège de la plaie opératoire si l'on est intervenu ;

7° Au point de vue pratique, il faudra surveiller les membres inférieurs des opérés, les douleurs qui peuvent y apparaître et les moindres oscillations du tracé thermique. On sera d'une grande prudence pour permettre aux malades de se lever ;

8° Traitement : immobilisation d'abord ; massage ensuite, puis compression élastique.

---

Vu : le Président de la thèse,

**POIRIER**

Vu : le Doyen,

**DEBOVE**

Vu et permis d'imprimer :  
le Vice-recteur de l'Académie,

**LIARD**

## BIBLIOGRAPHIE

- BORDESSOULE. — *Thèse* Paris (1904-1905). De la phlébite dans l'appendicectomie à froid.
- BROUARDEL ET GILBERT. — *Traité de Médecine*.
- DIEULAFÉ. — Communication à la Société de chirurgie de Paris, séance du 17 octobre 1906 (in *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, n° 30 du 23 octobre 1906), tome XXXII.
- DIEULAFOY. — *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*. Années 1897, 1898, 1899.
- *Semaine Médicale*. Année 1898.
- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de Chirurgie*. Article JALAGUIER.
- DUVERGEY. — *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 4 novembre 1906. Phlébite des membres inférieurs consécutive à l'appendicectomie à froid.
- GOURAUD. — *Thèse* Lyon, 1894.
- HOFFMANN. — Complication vasculaire de l'appendicite. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. T. LXXXI, 1906.
- LAPEYRE. — *Revue de chirurgie*, 1901. Tome XXIII. Complications peri-hépatiques et pleurales de l'appendicite.
- LE DENTU ET DELBET. — *Traité de chirurgie*.
- LECLERC. — Communication à la Société de chirurgie, 1903. Séance du 13 mai. In *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*.

LOISON. — *Revue de chirurgie*, 1900.

PETIT. — *Thèse* Paris, 1903. De la mort subite dans l'appendicite.

PIARD. — *Thèse* Paris, 1906.

POZZI. — *Revue de Gynécologie* du 7 juillet 1902 (Extrait du *Bulletin médical d'Algérie*).

RAMSON. — *British medical Journal*.

ROGER. — *Presse médicale*. N° du 15 septembre 1900.

ROUX (de Lausanne). — *Revue de la Suisse Romande*. Année 1900-1901.

SEMAINE MÉDICALE. — Année 1899.

SONNENBURG. — In compte rendu *Congrès de chirurgie*, Berlin, 1902.

TALAMON. — Appendicite et pérityphlite.

TOUSSAINT. — Communication à la Société de chirurgie. Séance du 23 octobre 1906. In *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, n° 31 du 30 octobre 1906. Tome XXXII.

VILLARD ET VIGNARD. — *Revue de chirurgie*, 1901. Tome XXIII. Phlébite des membres inférieurs après appendicectomie.

— *Société de chirurgie* de Lyon. Année 1901.



